

/ Н. В. Белобородова, Д. А. Попов, Е. Н. Бачинская [и др.] // Антибиотики и химиотерапия (Государственный НЦ по антибиотикам, Москва). — 2006. — Т. 51, № 9/10. — С. 33-39.

3. Белов Б. С. Инфекционный эндокардит / Б. С. Белов, Г. М. Тарасова // Справочник поликлинического врача. — 2007. — № 7. — С. 4-13.

4. Грабб Н. Р. Кардиология / Н. Р. Грабб, Д. Е. Ньюби ; пер. с англ. ; под ред. Д. А. Струтынского. — М. : МЕД-пресс-информ, 2006. — 704 с.

5. Гуревич М. А. Первичный инфекционный эндокардит / М. А. Гуревич, С. Я. Тазина, Т. Г. Кабанова // Российский медицинский журнал. — 2007. — № 3. — С. 40-44.

6. Демин А. А. Инфекционные болезни сердца: новые стандарты диагностики и лечения / А. А. Демин // Фарма-тека. — 2007. — № 15. — С. 66-69.

7. Демин А. А. Профилактика и лечение инфекцион-ного эндокардита с позиций доказательной медицины в свете рекомендаций Европейского общества кардиологов

/ А. А. Демин // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2005. — Т. 4, № 4. — С. 60-65.

8. Кнышов Г. В. Инфекционный эндокардит / Г. В. Кнышов ; под ред. Г. В. Кнышова, В. Н. Коваленко. — К. : МОРИОН, 2004. — 256 с.

9. Оганов Р. Г. Руководство по амбулаторно-поликлинической кардиологии / Р. Г. Оганов ; под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007.

10. Уланова В. И. Инфекционный эндокардит: диагностика, клиническое течение, лечение / В. И. Уланова, В. И. Мазуров // Лечащий врач. — 2003. — № 6. — С. 46-49.

11. Ramsdale D. Color atlas of Infective Endocarditis / D. Ramsdale. — Springer, 2005. — 154 p.

12. Siniavski H. Active Infective Aortic Valve Endocarditis with Infection Extension / H. Siniavski. — Darmstadt : Steinkopff-Verlag, 2006. — 62 p.

13. Brusck J. L. Infective Endocarditis: Management in the Era of Intravascular Devices / J. L. Brusck. — Informa Health-Care, 2007. — 384 p.

УДК 616.314-002:616.311.2

Л. С. Кравченко, Н. О. Бас, Г. М. Солоденко, С. О. Бас

ВПЛИВ АПІСОЛОВОЇ МАЗІ НА ОСНОВІ ПРОПОЛІСУ НА БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ РОТОВОЇ РІДИНИ ПРИ ГІНГІВІТАХ

Одеський державний медичний університет

Пародонтологічна захворюваність — важлива складова характеристики рівня не тільки стоматологічного, а й загально-го здоров'я населення в цілому. Останнім часом спостерігається значна розповсюдженість запальних і запально-дистрофічних захворювань пародонта серед населення. Ця тенденція найбільш характерна для великих міст із техно- та антропогенним забрудненням навколишнього середовища. Незважаючи на сучасні тенденції вдосконалення методів діагностики і лікування, впровадження новітніх медичних технологій, серед дорослого населення України не спостерігається суттєвого зниження пародонтологічної захворюваності. Тому розробка нових лікарських засобів і методів лікування та профілактики запальних захворювань пародонта — актуальна проблема сучасної медицини. Один із відомих викорис-

товуваних методів індивідуальної профілактики захворювань пародонта — аплікації спеціальних засобів. Аналіз наведених у літературі даних [1; 2] і отриманих раніше результатів експериментальних досліджень дозволив виявити виразну протизапальну, слино-стимулювальну дію прополісу, що викликало інтерес до вивчення впливу 5%-ї апісолової мазі на тканини пародонта і склад ротової рідини (РР) при гінгівітах.

Мета даного дослідження — вивчення лікувально-профілактичної дії апісолової мазі на основі прополісу на склад і властивості ротової рідини та тканини пародонта.

Матеріали та методи дослідження

Для вивчення лікувально-профілактичної дії апісолової мазі при запальних захворюваннях пародонта було прове-

дено обстеження та лікування пацієнтів віком від 15 до 20 років, яких розподілили на 2 групи. В 1-шу (основну) групу увійшли 22 особи, в яких відзначалися гіперемія, кровоточивість ясен при зондуванні, відсутність патологічних зубосясних карманів, незадовільний рівень гігієни порожнини рота. Контрольну (2-гу) групу утворили 10 осіб, порівнянних за віком і статтю з пацієнтами 1-ї групи, але без ознак запалення і дистрофічних процесів у пародонті та без супровідних соматичних захворювань.

Для оцінки клінічного та гігієнічного стану пародонта використовували такі показники: стан тканин пародонта з'ясували при огляді, запалення виявляли за пробою Шиллера — Писарева, кількісну оцінку проводили за індексом РМА (Парма), пародонтальним індексом Рі Рассела, індексом кровоточивості за Мюллеманом



[3; 4]. Захворювання пародон- та діагностували за класифіка- цією М. Ф. Данилевського [5]. Вказані об'єктивні параметри вивчалися у динаміці викорис- тання апісолової мазі. Усім дос- лідженим проводили санацію порожнини рота, усуваючи міс- цеві подразники: пацієнтам ос- новної групи щодня протягом 14 днів проводили аплікації апі- солової мазі (по 15 хв).

Ротову рідину у пацієнтів збирали в мірні пробірки про- тягом 10 хв у першій половині дня для виключення впливу фактора часу доби.

Швидкість виділення рото- вої рідини (ШР) визначали за формулою:

$$\text{ШР} = V/T,$$

де V — об'єм РР у пробірці; T — час збирання (10 хв) [6].

Рівень запальних процесів визначали за вмістом білка та загальною протеолітичною активністю в РР. Концентра- цію білка в РР визначали за Лоурі [7]. У надосадовій фрак- ції РР (після центрифугування при 3000 g протягом 15 хв при t = 4 °C) визначали загальну про- теолітичну активність (ЗПА) за розподілом казеїну при pH = 7,6 за методом Кунітца у модифі- кації А. П. Левицького [8]. Ак- тивність ферменту виражали в нанокатал на літр (нкат/л), приймаючи за 1 нкат 1 нмоль тирозину, відщепленого від ка- зеїну за 1 с. Визначали в РР кон- центрацію малонового діальде- гідну (МДА) [9], активність ката- лази [10] і розраховували анти- оксидантно-прооксидантний ін- декс (АПІ) [11] за формулою:

$$\text{АПІ} = \frac{A_{\text{кат}}}{C_{\text{МДА}}} \cdot 100,$$

де $A_{\text{кат}}$ — активність каталази; $C_{\text{МДА}}$ — концентрація МДА.

Отримані дані обробляли ста- тистично, застосовуючи t-критерій вірогідності Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати досліджень по- дано в табл. 1: після застосу- вання мазі покращився гігіє- нічний стан порожнини рота, спостерігалось зниження індек- сів РМА, Рі та індексу кровото-

чivosti, а також підвищилася швидкість слиновиділення. Піс- ля лікувальних заходів пацієн- ти відзначали підвищення ком- фортності в порожнині рота, відсутність кровоточивості при чищенні зубів, ясна набували блідо-рожевого забарвлення, щільно прилягали до шийок зу- бів.

Порівняльний аналіз стану тканин пародонта і гігієни по- рожнини рота у пацієнтів із ка- таральним гінгівітом, яким за- стосовували аплікації апісоло- вої мазі, визначив виразну по- зитивну динаміку клініко-функ- ціональних індексів. Так, індекс РМА після лікування знизився в середньому майже в 4,75 ра- зу, пародонтальний індекс Рас- села — у середньому в 5,75 ра- зу. Індекс кровоточивості у па- цієнтів із катаральним гінгівітом зменшився після лікування в середньому в 3,2 разу, що свід-

чить про значне зниження про- никності ясенних кровоносних судин під впливом апісолової мазі. Оцінюючи гігієнічний стан ротової порожнини в обстеже- них пацієнтів, виявили, що піс- ля застосування апісолової мазі індекс гігієни у хворих із ката- ральним гінгівітом зменшився в 2,1 разу і становив у середньо- му (0,90±0,08) бала, що навіть на 40 % нижче, ніж у контроль- ній групі.

Про протизапальну дію апі- солової мазі свідчать результа- ти біохімічних досліджень РР рідини (табл. 2). Так, концент- рація білка в РР у хворих із хро- нічним катаральним гінгівітом (ХКГ) значно підвищена, а при застосуванні апісолової мазі суттєво знижується. При ХКГ майже в 1,5 рази підвищений рівень ЗПА. Апісолова мазь вірогідно знижує цей рівень до нормального значення, що мо-

Таблиця 1

Вплив апісолової мазі на динаміку параклінічних показників при хронічному катаральному гінгівіті легкого та середнього ступеня тяжкості, M±m

Показники	Групи дослі- джуваних, n = 32	До засто- сування мазі	Після засто- сування мазі
Швидкість секреції РР, мл/хв	1-ша	0,22±0,01	0,41±0,02*
	2-га	0,32±0,01	0,34±0,03
Індекс гігієни, бали	1-ша	1,90±0,10	0,90±0,08*
	2-га	2,10±0,10	1,50±0,10
Індекс РМА, %	1-ша	43,70±0,80	9,20±1,00*
	2-га	34,20±0,80	20,60±1,00
Індекс Рі	1-ша	2,30±0,06	0,40±0,03*
	2-га	1,80±0,04	0,60±0,09*
Індекс кровоточивості, бали	1-ша	1,60±0,05	0,50±0,01*
	2-га	1,10±0,02	1,10±0,02

Примітка. * — P<0,05 при порівнянні між групами.

Таблиця 2

Вплив апісолової мазі на біохімічні показники ротової рідини хворих із хронічним катаральним гінгівітом легкого та середнього ступеня тяжкості, M±m

Група	Білок, г/л	ЗПА, нкат/л	МДА, мкмоль/л	Каталаза, мкат/л	АПІ, %
Здорові, n = 10	1,38±0,13	6,84±1,00	0,48±0,02	0,11±0,01	22,91±1,60
Хворі ХКГ, n = 22	2,62±0,16	9,80±1,00	1,18±0,08	0,09±0,01	7,62±1,10
	P<0,001	P<0,001	P<0,001	P>0,05	P<0,001
після лікування	1,68±0,14	6,60±0,50	0,68±0,05	0,13±0,01	19,11±1,00
	P<0,05	P<0,05	P<0,001	P>0,05	P>0,05
	P ₁ <0,05	P ₁ <0,001	P ₁ <0,001	P ₁ <0,05	P ₁ <0,001

Примітка. P — показник вірогідності розбіжностей з групою «здорові»; P₁ — показник вірогідності розбіжностей з групою «до лікування».



же свідчити про її протизапальну дію.

Рівень МДА як індикатора процесів пероксидації ліпідів у пацієнтів із ХКГ був майже в 2,5 рази вищий значення у здорових з інтактним пародонтом. Проведення апісолової мазі привело до зниження рівня МДА в РР у середньому на 42,4%. Активність антиоксидантного ферменту каталази мала тенденцію до зниження при ХКГ і до вірогідного підвищення — при застосуванні апісолової мазі. Розрахований АПІ різко знижується при гінгівіті й вірогідно підвищується при лікуванні апісоловою маззю.

Отже, застосування апісолової мазі поліпшує клінічний стан пародонта, вірогідно знижує показники пародонтальних і гігієнічних індексів, що свідчить про високу лікувально-профілактичну ефективність мазі. Клінічне застосування апісолової мазі супроводжується нормалізацією салівації та біохімічних показників РР, що пов'язано, перш за все, зі складом мазі. Відомо, що прополіс, який входить до її складу, належить до складних речовин із великої кількості хімічних сполук, які зумовлюють діапазон його фармакологічної дії. Речовини, які входять до складу прополісу, здатні дифундувати в тканини і безпосередньо впливати на обмін речовин, трофіку та регенерацію.

Отримані результати дають підставу рекомендувати частіше використання апісолової мазі в комплексних програмах профілактики і лікування стоматологічних захворювань.

Висновки

1. Клінічне застосування апісолової мазі у вигляді апісолової мазі визначило її пародонто-протекторну ефективність.

2. Апісолова мазь зменшує протизапальні процеси у тканинах пародонта, нормалізує салівацію, поліпшує показники гігієни порожнини рота.

3. Лікування хворих на ХКГ апісоловою маззю приводило до зниження в ротовій рідині концентрації білка, рівнів ЗПА і МДА, підвищення активності каталази й антиоксидантно-прооксидантного індексу.

4. Отримані дані свідчать про перспективу застосування апісолової мазі для профілактики і лікування стоматологічної патології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Крячко А. Г. Влияние профилактических средств на состояние полости рта у военнослужащих ВМС Украины / А. Г. Крячко, К. Н. Косенко, О. А. Макаренко // Вісник стоматології. — 2007. — № 2. — С. 28-32.
2. Кравченко Л. С. Эффективность аписоловой мази на основе прополиса для первичной профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта / Л. С. Кравченко, Г. Н. Солоденко, С. А. Бас // Досягнення біології та медицини. — 2008. — № 2 (12). — С. 59-62.

3. Parma C. Parodontopathien / C. Parma. — Leipzig : I. A. Verlag, 1960. — 203 S.

4. Russel A. L. A system of classification and scoring for prevalence surveys of periodontal disease / A. L. Russel // J. Dent. Res. — 1956. — Vol. 36. — P. 922-925.

5. Данилевский Н. Ф. Заболевания пародонта / Н. Ф. Данилевский, А. В. Борисенко. — К. : Здоров'я, 2000. — 461 с.

6. Пятаева А. Н. Физико-химические методы исследования смешанной слюны в клинической и экспериментальной стоматологии / А. Н. Пятаева, В. Г. Сунцов, В. А. Дистель. — Омск, 2001. — 121 с.

7. Protein measurement with Folin phenol reagent / O. N. Lowry, N. I. Resebrought, A. L. Porr, R. I. Rendall // J. Biol. Chem. — 1951. — Vol. 193. — P. 265-275.

8. Барабаш Р. Д. Казеинолитическая и БА-эстеразная активность слюны и слюнных желез крыс в постнатальном онтогенезе / Р. Д. Барабаш, А. П. Левицкий // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. — 1973. — № 8. — С. 65-67.

9. Стальная И. Д. Метод определения малонового диальдегида с помощью тиобарбитуровой кислоты / И. Д. Стальная, Т. Г. Гаришвили // Современные методы в биохимии. — М. : Медицина, 1977. — С. 66-68.

10. Гуринов С. В. Модификация метода определения активности каталазы в биологических субстратах / С. В. Гуринов // Лабораторная диагностика. — 1999. — № 4. — С. 45-46.

11. Антиоксидантно-прооксидантный индекс сыворотки крови щурів з експериментальним стоматитом і його корекція зубними еліксирами / А. П. Левицкий, В. М. Почтар, О. А. Макаренко, Л. І. Гридін // Одеський медичний журнал. — 2006. — № 1. — С. 22-25.

УДК 616.71-001.5-14-002.3

С. М. Кривенко, О. І. Бодня

ПРОФІЛАКТИКА СЕПСИСУ В ПОТЕРПІЛИХ ІЗ МНОЖИННИМИ ДІАФІЗАРНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ КІСТОК КІНЦІВОК

Одеський державний медичний університет

Вступ

Множинні травми, рівень зростання кількості яких зумовлений збільшенням використання сучасної техніки і транс-

портних засобів у побуті й промисловості, завдають відчутних економічних збитків суспільству та народному господарству [1; 2]. Внаслідок дії значних травмуючих факторів виникає тяж-

ка відкрита травма кінцівок, що зумовлює множинний характер переломів із масивним ушкодженням м'яких тканин і судинно-нервових утворень [4; 5]. Здебільшого наявні багато-

